

145 Cedar Rd., Ste. A
Vista, CA 92083
(760) 724-7887

ROBERT P. MOHR. D.D.S., M.S.
CUESTIONARIO PACIENTE

425 E. Alvarado St., Ste. C.
Fallbrook, CA 92028
(760) 728-5575

Fecha _____ Teléfono _____

El nombre del paciente _____ Apodo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio particular _____ Ciudad _____ Código postal _____

Escuela _____ Quien podemos agradecer por referencia _____

Dentista _____ Ciudad, Estado _____ Teléfono _____

¿Paciente previamente examinado por un ortodoncista? _____ Doctor _____ Ciudad _____

Describe el problema ortodóntico con tus propias palabras _____

Padre/Esposo/Usted _____ Ocupación _____ SS # _____

Nombre del empleador y domicilio _____ Negocio teléfono _____

Madre/Esposa/Usted _____ Ocupación _____ SS # _____

Nombre del empleador y domicilio _____ Negocio teléfono _____

Domicilio de correo electrónico: _____ Utilizado para la correspondencia de tratamiento sólo _____

Persona responsable de cuenta _____ Relación _____ Teléfono _____

Domicilio (si es diferente del paciente) _____

Nombre del asegurado (cobertura primaria) _____ Fecha de nacimiento _____

Asegurador _____ Empleador _____ Grp # _____

Asegurador domicilio _____ Teléfono _____

Asegurador ID # _____ Cobertura _____

Nombre del asegurado (cobertura secundaria) _____ Fecha de nacimiento _____

Asegurador _____ Empleador _____ Grp # _____

Asegurador domicilio _____ Teléfono _____

Ins. ID # _____ Cobertura _____

HISTORIAL MÉDICO

	SÍ	NO	¿El paciente tiene historia de:	SÍ	NO
¿Es paciente en buen estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente tiene historia de enfermedad importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afección tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, explique _____			Condición de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Han eliminado las amígdalas y las adenoides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afección cardíaca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A qué edad? _____			Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente chupa su dedo pulgar o los dedos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones nasales crónicas o respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A partir de qué edad? _____			Alergias (describa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Paciente habitualmente respira a través de su boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

Lista de drogas o medicamentos que ahora están adoptados _____

Aviso de nuestras prácticas de privacidad está disponible bajo petición, sin embargo, por favor infórmenos de cualquier petición especial con respecto a su información de salud.

Firma del paciente o sus padres (si es menor de edad) _____ Fecha _____